

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“DETECCIÓN OPORTUNA DE VIH EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

**Por**

**DRA. VILMA ESTHELA GONZÁLEZ CASTILLO**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**MARZO, 2017**

**“DETECCIÓN OPORTUNA DE VIH EN MUJERES  
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ  
ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. med. Abel Guzmán López**  
**Director de la tesis**



---

**Dr. med. Donato Saldívar Rodríguez**  
**Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia**



---

**Dr. Luis Gerardo Castillo Reyna**  
**Co-director de la tesis**



---

**Dra. SCI Geraldina Guerrero González**  
**Coordinadora de Investigación**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme puesto en el camino de la Ginecología y Obstetricia y permitido vivir este día, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres, por apoyarme en todo momento, por siempre aconsejarme y mostrarme el camino a seguir. Gracias por ser mi guía. Por detenerme cuando debía y por empujarme cuando tenía miedo de seguir mis sueños. Gracias papás por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y creer en mí. Gracias por su infinito amor.

A mi hermano Eduardo por apoyarme en aquellos momentos de necesidad de unión familiar, por compartir conmigo grandes momentos.

A mi sobrino Lalito, para que veas en mí un ejemplo a seguir.

A mis maestros y compañeros de residencia por su gran motivación y enseñanzas, por las experiencias compartidas.



# TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN	.x
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN	xii
Capítulo III	
3. JUSTIFICACIÓN	.xx
Capítulo IV	
4. HIPÓTESIS	.xxii
Capítulo V	
5. OBJETIVOS	.xxiii
Capítulo VI	
6. MATERIAL Y MÉTODOS.	xxiv
Capítulo VII	
7. RESULTADOS	xxvi
Capítulo VIII	
8. DISCUSIÓN.	xxix

Capítulo IX

10.CONCLUSIONES .....	.xxxii
-----------------------	--------

Capítulo X

11. BIBLIOGRAFÍA .....	.xxxiv
------------------------	--------

Capítulo X

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	.xxxvii
----------------------------------	---------

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Distribución de eventos obstétricos por mes. ....	xxvi
2. Relación por grupo de edad y detección de VIH.....	xxvii

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Distribución de eventos obstétricos por mes. ....	xxvi



## **CAPITULO I**

### **RESUMEN**

Introducción. La infección de VIH en la mujer es cada vez más frecuente, con un alto porcentaje en edad reproductiva, por lo que la detección oportuna en este grupo es de vital importancia. El objetivo de todas las medidas de detección y prevención es la disminución de la transmisión vertical. Existen métodos diagnósticos como la prueba rápida que ha resultado ser una herramienta eficaz y oportuna. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de VIH en las mujeres embarazadas de nuestro hospital mediante esta prueba y establecer un protocolo más efectivo.

Material y Métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y comparativo por conveniencia no probabilístico que incluyó mujeres embarazadas de cualquier edad que acudieron a consulta en el área de tococirugía del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” durante el año 2015, para determinar la realización de la detección de VIH durante su control prenatal, en caso contrario se determinó mediante prueba rápida.

Resultados. De un total de 9689 eventos obstétricos se identificaron 1568 (16.38%) embarazadas sin control prenatal y 779 (8.14%)

desconocían haberse hecho un examen de detección para VIH. El número de casos positivos fue de 12 con una prevalencia de 1.23 por cada 1000 habitantes.

Conclusiones. La prueba rápida de VIH es un método diagnóstico eficaz y necesario, ya que la disponibilidad de esta prueba permite un diagnóstico oportuno, con una alta sensibilidad y especificidad, que podría evitar múltiples repercusiones tanto en el producto si hablamos del riesgo de transmisión vertical como en la seguridad laboral de los trabajadores de la salud. Sin embargo, no solicitar o no reportar esta prueba en el control prenatal desde el primer trimestre del embarazo sigue siendo un problema frecuente, generando la necesidad de establecer un protocolo en los hospitales de segundo y tercer nivel para detectar a estas pacientes.

## **CAPITULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

Los esfuerzos mundiales aún son insuficientes para contener la epidemia de SIDA en el mundo. De acuerdo con los datos de ONUSIDA, en diciembre de 2012 vivían en el mundo 33.4 millones de personas infectadas por VIH, de los cuales 31.3 millones son adultos y 2.1 millones son menores de 15 años.<sup>1</sup> Este número de personas afectadas duplica el informado en 1995 (19.9 millones). La prevalencia notificada de infección por VIH global fue de 1.1% (1.0-1.3) y en nuestro país de 0.28 y la más alta se registró en África subsahariana (7.2%, 6.6-8.0).<sup>2</sup>

En América Latina se habían acumulado 1.8 millones (1.4-2.4) de infecciones hasta ese mismo año, 200 000 (130 000-360 000). En México, hasta el 1 de diciembre del 2012 se habían notificado 160,864 casos de SIDA y 4,598 personas vivían con VIH.<sup>2</sup> Los estados que concentran la mayor cantidad de casos de SIDA son: Distrito Federal con 25.068 casos, México con 17 350 casos, Veracruz con 14 805 casos y Puebla con 7 720 casos. Se considera que la epidemia en México se halla concentrada en grupos que mantienen prácticas de riesgo. Casi 90% de los casos de SIDA notificados en registros oficiales se han atribuido a las relaciones sexuales sin protección y alrededor de la mitad de ellas a las relaciones sexuales entre varones.<sup>3</sup> Sin embargo, la transmisión heterosexual representa 44.5%

de los casos notificados y el número de pacientes mujeres ha ido en incremento (5.9%). Siendo la relación hombre: mujer de 16:1 en 1987 a una de 4:1 en 2012.<sup>3</sup> La transmisión por transfusión sanguínea, que representaba hasta 17% de los casos en la década de los años ochenta ocasiona en la actualidad 3.6% de los casos.<sup>4</sup>

La transmisión en consumidores de drogas intravenosas es relativamente menor (0.7%). Sin embargo, el papel que juega esta vía de transmisión, en particular en la frontera con Estados Unidos, es cada vez más importante.<sup>5</sup>

La tendencia de feminización de la epidemia del sida se ha hecho evidente a nivel mundial. La creciente presencia de la epidemia en la población femenina es preocupante por las repercusiones que tiene para la salud de las mujeres y porque la mayoría de las que adquieren el VIH están en edad reproductiva, tienen altas posibilidades de embarazarse y de no ser detectadas y tratadas oportunamente presentan un alto riesgo de transmitir el virus a sus hijos.<sup>18</sup>

Los países desarrollados han logrado disminuir la transmisión perinatal en más de 90% a partir de la introducción del tamizaje para toda mujer embarazada, el uso de esquemas antirretrovirales, la realización de cesárea electiva y evitar la lactancia materna. El caso de Estados Unidos ha sido bien documentado, observándose a partir de 1992 una reducción acumulada a través de los años hasta llegar a una disminución del 95% para el 2004 de

los casos de transmisión perinatal y una transmisión del VIH al producto a partir de una madre infectada, menor al 2 por ciento.

De los 10 países con la mayor prevalencia de VIH en mujeres embarazadas, nueve se encuentran en África y la mayoría tienen una cobertura de profilaxis perinatal menor al 10 por ciento. ONUSIDA ha estimado que la cobertura de tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas en países de ingresos medios y bajos por regiones es como sigue: Europa del este y Centro de Asia, 75% (38-95%); Latinoamérica y el Caribe, 24% (13 a 46%); Sudeste de Asia, 5% (3-10%); y en África del Norte y Oriente Medio, menos de 1 %. Sólo siete países han logrado una cobertura de profilaxis antirretroviral en las mujeres embarazadas afectadas mayor al 40% (Botswana, Brasil, Tailandia, Federación Rusa, Ucrania, Argentina y Jamaica). Aunado a lo anterior, hay que considerar que no todas las mujeres que han accedido a esquemas de tratamiento antirretroviral para disminuir la transmisión perinatal han recibido esquemas altamente efectivos.

La baja cobertura de profilaxis perinatal antirretroviral está estrechamente vinculada a la pobre cobertura de detección del VIH en la población. ONUSIDA encontró que en 70 países de medianos y bajos ingresos, sólo al 10% de las mujeres embarazadas en promedio se les ha realizado la prueba de detección del VIH, incluyendo a los países con las mayores prevalencias de VIH entre mujeres embarazadas. Latinoamérica y la región del Este de

Europa, así como Asia Central son las que reportaron las mayores coberturas, del 46 y 75% respectivamente, debido a la influencia de Argentina, Brasil, Jamaica y la Federación Rusa.<sup>3</sup>

Los mismos países que han logrado una cobertura mayor de 40% de profilaxis antirretroviral son los que han logrado una cobertura del tamizaje prenatal a VIH mayor al 50% de las mujeres embarazadas. Incluso en países desarrollados como Estados Unidos, 26% de las mujeres madres de hijos infectados por el VIH desconocían su diagnóstico antes del parto.<sup>16</sup>

A pesar de que en nuestro país se han logrado grandes avances en salud pública, existen todavía diversos retos y desafíos entre los cuales se encuentra la prevención de infecciones de transmisión sexual que tienen repercusiones en los recién nacidos, como son la sífilis congénita o el VIH perinatal.

En la actualidad alrededor del 90% de las mujeres embarazadas en México tienen acceso a atención prenatal. El promedio de consultas prenatales es de 3.8 en mujeres sin seguridad social y en las instituciones de seguridad social se reportan hasta 7 y 11 consultas por mujer. Aunque todavía existen mujeres que no tienen acceso a la atención prenatal, sobre todo en áreas marginadas, el principal problema es la calidad. Basta señalar que en la mayor parte de las consultas prenatales no se realizan los

exámenes establecidos en la normatividad vigente como obligatorios para detectar oportunamente riesgos para la mujer y para su bebé.<sup>3</sup>

En 2007 la cobertura alcanzada fue muy baja; sólo al 7.3% de las mujeres embarazadas que acudieron a los servicios en las instituciones públicas se les realizó la prueba de detección del VIH, muy por abajo del promedio de la región (46%). Esto se podría explicar debido a que hasta el 2007 se promovió una política de tamizaje selectivo, realizando la prueba de detección del VIH sólo a las mujeres embarazadas que resultaran positivas a una prueba de sífilis. Por lo cual la mayoría de las mujeres recibían el diagnóstico sólo cuando el bebé era diagnosticado y ya era demasiado tarde para prevenir la transmisión perinatal, a pesar de que existe una política nacional de acceso gratuito a antirretrovirales.

En la actualidad, se ha documentado en varios países que la mayor parte de las mujeres que resultan positivas a VIH durante el embarazo no habían reportado ningún factor de riesgo, por lo cual es importante ofertar la prueba a toda mujer embarazada, garantizando la consejería y respeto a sus derechos. Las políticas de salud pública no se cumplen totalmente, en gran parte por la falta de detección oportuna y precisa de la infección, hecho relacionado principalmente con problemas logísticos inherentes a la obtención y procesamiento de las muestras necesarias para su diagnóstico por el laboratorio.

Si se aborda la panorámica en estado de Nuevo León; este tiene 4,642 casos de sida y 1,640 casos de VIH, dando un total de 6 282 casos acumulados al 2012; siendo afectados los hombres 5339 y las mujeres 943.<sup>4</sup>

Las encuestas centinela de VIH en mujeres embarazadas se iniciaron en 1988 y se procesaron 3 284 sueros en 15 ciudades de México entre 1994 y 1995, de los cuales sólo dos resultaron positivos (seroprevalencia de 0.06%).<sup>7</sup> Posterior a esta fecha son escasos los estudios publicados, aunque la prevalencia en mujeres ha pasado de 0.04% en 1990 a 0.09% en 1997.<sup>8</sup> En un estudio de 310 mujeres que acudieron a control prenatal en Yucatán no se identificó a ninguna infectada,<sup>16</sup> en tanto que en un hospital de referencia en la Ciudad de México en el periodo de 1994 a 1996 se reconoció a 19 mujeres infectadas.<sup>5</sup>

En el 2015 en nuestro país, se registraron 1 607 971 embarazos y se realizó prueba para detección de VIH en 1 081 443; con resultados reactivos en 1880 de las cuales 782 recibieron atención y cobertura con antiretrovirales; llegando con esto una cobertura del 64.3%; por lo que la prevalencia de VIH en embarazo es del 0.07 %.<sup>3</sup>

Por regiones, la cobertura de detección de embarazo es del 90 al 100% en los siguientes estados: Morelos (93%), Aguascalientes (97%), Baja California Norte, Baja California Sur, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas y Tlaxcala siendo del 100% en la detección y muy baja o menor al 30% en



estados como Veracruz (16%), Oaxaca (22%), Coahuila (34%), Jalisco (39%), y Sonora (37%).

Según la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, se estima que en el año 2012, 225 000 niños resultaron infectados por el VIH <sup>1</sup>. La gran mayoría de ellos adquieren la infección a través de su madre, lo cual puede ocurrir durante el embarazo, parto o la lactancia materna. Sin la aplicación de una intervención durante estos tres períodos, las tasas de transmisión materno-infantil (TMI) del VIH pueden variar entre el 15% y el 30%, siempre y cuando se use lactancia artificial, pero con lactancia materna, prolongada estas tasas pueden alcanzar valores tan altos como del 30%.<sup>5</sup> En México se han documentado 238 casos de VIH por transmisión vertical acumulados desde 1983 al 2012, con 55 casos en el 2012 lo que nos habla de 1.2 % casos del total.<sup>4</sup>

En la mayor parte de los países de nivel de ingresos medio y bajo no se ha avanzado significativamente en la prevención de la transmisión perinatal del VIH.<sup>1</sup>

Las mujeres con VIH que se embarazan tienen del 20 al 45% de posibilidades de transmitir el virus a su hijo, si ésta no recibe alguna intervención comprobada que permita disminuir este riesgo a menos del 2%.<sup>2</sup>

El conjunto de intervenciones a promover en un programa integral de prevención y atención de la transmisión perinatal debe incluir medidas para:

- Prevenir que las mujeres adquieran el VIH.
- Prevenir los embarazos no planeados en mujeres con VIH o SIDA
- Prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo, parto y lactancia.
- Garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral altamente efectivo a toda mujer embarazada y a su producto.<sup>2</sup>

Las intervenciones que han demostrado su eficacia para prevenir la transmisión perinatal en el plano mundial son:

- Fortalecer el acceso a servicios de planificación familiar de calidad a toda mujer con VIH o SIDA.
- Identificación sistemática de las mujeres embarazadas que se encuentran infectadas por el VIH en los servicios de salud prenatales a través de la oferta de pruebas de detección.
- Garantizar que toda mujer embarazada con VIH o SIDA tenga acceso al tratamiento integral, incluyendo esquemas antirretrovirales altamente efectivos y recomendados durante el embarazo acorde a las mejores guías de práctica clínica consensuadas.
- Acceso a las intervenciones obstétricas seguras recomendadas en mujeres embarazadas con VIH y SIDA, como la cesárea electiva.
- Consejería y apoyo para la alimentación artificial del bebé.<sup>2</sup>

## **CAPITULO III**

### **JUSTIFICACIÓN**

Las intervenciones altamente costo-efectivas para disminuir la transmisión perinatal han sido bien documentadas tanto en el plano nacional como internacional. Las estrategias más eficaces son: fortalecer la anticoncepción en mujeres afectadas y el acceso a tratamiento antirretroviral para profilaxis perinatal; para ello se requiere realizar el diagnóstico oportuno de toda mujer con VIH.

Existe una necesidad urgente de contar con procedimientos rápidos, sensibles y específicos que permitan llevar a cabo encuestas epidemiológicas y diagnósticos precisos sin requerir de un apoyo de laboratorio especializado y de muestras que no requieran de procedimientos invasivos para su obtención. El uso de pruebas rápidas (PR) en sangre total obtenida por punción capilar ha demostrado resultados comparables en sensibilidad (99 %) y especificidad (99%) a los obtenidos en muestras de suero, y son tan simples como las pruebas utilizadas para medir niveles de glucosa.

Debido a esto, el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en conjunto con el departamento de Ginecología y Obstetricia, pretende incluir un módulo de atención y detección de VIH en la mujer embarazada en el servicio o referir a

nuestro departamento para dichas acciones; cumpliendo las indicaciones internacionales sobre la detección del VIH a toda mujer embarazada:

- Oferta obligada de la prueba de detección del VIH y Análisis de Reagina plasmática rápida (RPR) en toda mujer embarazada en la primera consulta prenatal.
- Repetir la prueba de detección del VIH en las mujeres compañeras de migrantes, que presenten una infección de transmisión sexual o informen de prácticas de riesgo.
- La implementación de pruebas rápidas en salas de obstetricia en mujeres de las que se desconoce su condición serológica al llegar al momento del parto.

En nuestro medio no se ha descrito la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas, es importante que sea conocida para implementar las medidas requeridas de prevención y atención.

Es necesario establecer un protocolo de detección e identificar el tipo de prueba diagnóstica más eficaz, rápida y oportuna, donde se pueda diagnosticar y tratar a la paciente embarazada con VIH y así disminuir el riesgo de transmisión vertical, así como establecer cuando es el momento más oportuno para llevar a cabo dicho tamizaje. Valorar si es necesario realizar una prueba rápida en el tercer trimestre del embarazo.

## **CAPITULO IV**

### **HIPÓTESIS**

La prueba rápida para detección de VIH en la mujer embarazada en el área de tococirugía del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” permite una detección oportuna y temprana alcanzando la prevalencia nacional de diagnóstico.

## **CAPITULO V**

### **OBJETIVOS**

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas que acuden al área de toco-cirugía del Hospital Universitario “José Eleuterio González” mediante prueba rápida.

Objetivos específicos:

Determinar a cuantas pacientes no se les realiza detección de VIH en primer nivel de atención.

Determinar el número de detecciones realizadas en el servicio de Toco-Cirugía.

## **CAPITULO VI**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se evaluaron pacientes en la consulta de urgencias del área de tococirugía del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González,” en un estudio observacional, transversal, descriptivo y comparativo. Se evaluaron a todas las mujeres embarazadas que acudieron al área de Toco-Cirugía del Hospital Universitario “José E. González, y se determinó si se les había realizado detección de VIH durante su control prenatal para conocer su estado serológico, y en caso de no haberse realizado esta detección se realizó y determinó el mismo mediante prueba rápida. La prueba utilizada fue (ADVANCE Rapid HIV1-2 AntibodyTest) aprobada por la FDA de Estados Unidos, de gran versatilidad, ya que se pueden utilizar indistintamente muestras de sangre total, de saliva, suero o plasma. La cual demostró una sensibilidad y especificidad de 100% tanto con muestras de sangre total, obtenidas por punción capilar, como de saliva, comparadas con una prueba tradicional de ELISA de tercera generación. Se excluyeron pacientes con diagnóstico seropositivo para VIH.

Tamaño de la muestra: Se realizó un muestreo por conveniencia no probabilístico de todas las mujeres embarazadas que acudían a la consulta de toco-cirugía durante el año 2015.

Variable Independiente: realización de inmunocromatografía rápida de VIH 1 y 2 a toda mujer embarazada que no se haya realizado previamente detección de VIH/SIDA.

Variable dependiente: pacientes sin control prenatal, pacientes sin detección previa de VIH.

Análisis estadístico. Los resultados fueron vaciados en hoja de Excel para formar una base de datos. Una vez recolectada la información se llevó a cabo el análisis estadístico con el programa SPSS, versión 19. Se realizó un análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias y creación de gráficos.



## CAPITULO VII

### RESULTADOS

Se obtuvo información de Enero a Diciembre del año 2015 a partir del archivo del área de Obstetricia del Hospital Universitario” Dr. José Eleuterio González.” Se registraron 9689 eventos obstétricos, 5680 (61.24%) por parto y 4009 (41.9%) por cesárea.

TABLA 1 Distribución de eventos obstétricos por mes.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
PARTOS	452	396	361	355	466	415	554	608	561	593	411	508	5680
CESAREAS	307	301	310	318	306	301	314	334	371	387	375	385	4009
TOTAL	759	697	671	673	772	716	868	942	932	980	786	893	n=9689

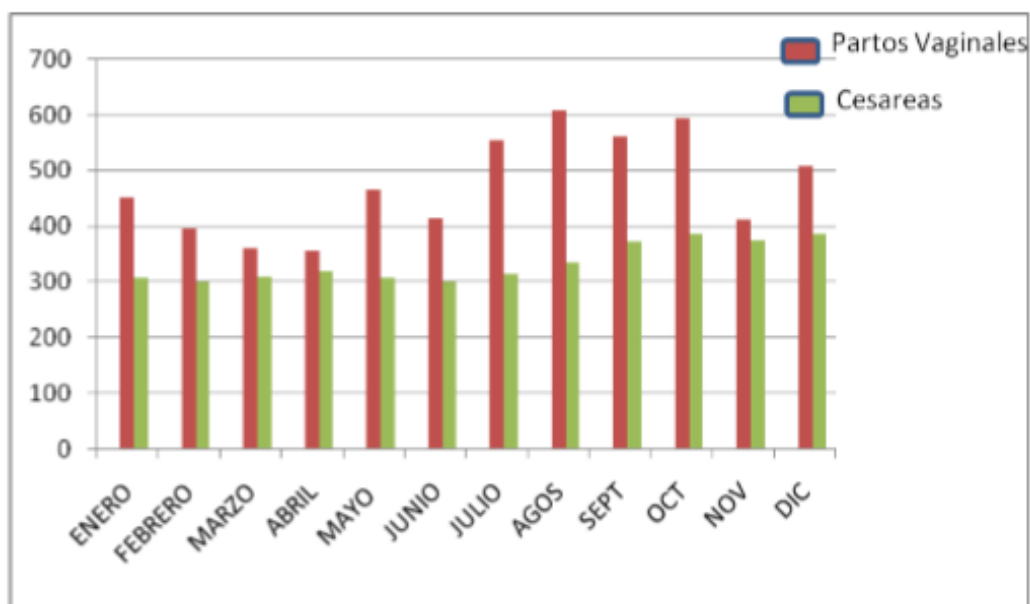


FIGURA 1 Distribución de eventos obstétricos por mes.

De estos eventos obstétricos se observó que 1568 (16.38%) mujeres no llevan un control prenatal en el primer nivel de atención y 779 (8.14%) desconocían haberse hecho un examen de detección para VIH (tabla 2); siendo de éstas últimas (779) el grupo quinquenal mayoritario de 20 a 24 años, correspondiente al 36%. Un 62.9% corresponde al grupo de edad de 15-24 años.

Se obtuvo una prevalencia de pruebas rápidas durante el control prenatal del 91.9 % en las pacientes que acudieron en el año a tococirugía.

Las pruebas de detección de VIH que se realizaron en el área de toco cirugía del hospital fueron 779 (Tabla 2), detectando en el grupo de 10-14 años 4 (1%) casos; 213 (27%) en el grupo de 15-19; 277 (36%) en el grupo de 20 - 24 años; 143 (12%) en el de 25 a 29 años; 90(4%) en el grupo de 30 a 34 años; 40(4%) en el grupo de 35 a 39 años y por último 12(2%) en el grupo de 40 a 44 años.

TABLA 2 Relación por grupo de edad y detección de VIH.

EDAD	ENE-FEB	MAR-ABR	MAY-JUN	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
10-14 AÑOS	0	0	0	0	1	0	1	2	4
15-19 AÑOS	8	21	44	34	18	25	24	39	213
20-24 AÑOS	23	46	30	29	28	27	45	49	277
25-29 AÑOS	3	15	22	14	16	13	22	38	143
30-34 AÑOS	2	5	23	4	8	11	15	22	90
35-39 AÑOS	0	2	10	4	4	2	10	8	40
40-44 AÑOS	0	2	4	1	0	1	4	0	12
TOTAL	36	91	133	86	75	79	121	158	779

Del total de los sujetos evaluados, el número de casos positivos durante la detección fue de 12 (1.54%) con una prevalencia de 1.23 por cada 1000 habitantes.

## **CAPITULO VIII**

### **DISCUSIÓN**

El aumento de la infección de VIH en la población femenina tiene como consecuencias repercusiones importantes, ya que la mayoría de las pacientes que adquieren la infección por VIH se encuentran en edad reproductiva, por lo que la detección oportuna en este grupo etáreo es de gran importancia.

Al no contar con un protocolo bien establecido y estricto de detección no se podrá tratar oportunamente y se presenta una posibilidad de un 25 a 45% de transmitir el virus a sus hijos, es decir, transmisión vertical.<sup>18</sup>

En este estudio se pretendió conocer la prevalencia de VIH detectada mediante prueba rápida a mujeres embarazadas en el área de tococirugía que no contaban con tamizaje realizado en el control prenatal.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación superan los datos demostrados en el estudio transversal descriptivo de Espinosa et al. del 2009 realizado en Brasil, donde se encontró una prevalencia de pruebas rápidas durante el embarazo del 89.7 % en ese país.

Se eligió esta área porque hay más posibilidades de detectar pacientes sin adecuado control prenatal, con bajos recursos socioeconómicos y/o más

factores de riesgo para infección por VIH y aunado a esto, que desconozcan su diagnóstico en caso de ser seropositivas.

Cabe mencionar que el grupo de edad de 15-24 años fue el que tuvo mayor número de pacientes sin detección previa. Por lo que es importante hacer enfoque a la educación en cuanto al control prenatal en este rango de edad. No existe información de la prevalencia en nuestro hospital, por lo que se hizo una comparación con la estadística nacional, donde la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas es del 0.07,<sup>3</sup> y la prevalencia de nuestro hospital resultó mayor (1.54%). Esto habla de que la atención de la mujer embarazada se debe reforzar para disminuir el impacto y mejorar la detección en el primer trimestre.

Según el estudio realizado por Vázquez en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México el grupo etario que tiene mayor tasa de infección por VIH es el de 15 a 44 años de edad; de ellos, el 31.7 % está entre los 20 y los 29 años y es a ese grupo etario al que se le hace el mayor número de tamizajes antiVIH.<sup>20</sup> Coincidiendo con el autor encontramos que a ese grupo de edad es al que se realiza una mayor detección oportuna en nuestro hospital.

Si hablamos de cobertura de tratamiento antirretroviral durante el embarazo en este estudio pudimos constatar que las mujeres con prueba rápida reactiva no fueron detectadas en el control prenatal y esto es algo que sin duda alguna debe hacer que se tomen las medidas pertinentes en

nuestro hospital ya que se dice que la cobertura de tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas en países de ingresos medios y bajos por regiones es como sigue: Europa del este y Centro de Asia, 75% (38-95%); Latinoamérica y el Caribe, 24% (13 a 46%); Sudeste de Asia, 5% (3-10%); y en África del Norte y Oriente Medio, menos de 1 por ciento, en nuestro país hay una buena cobertura ya que a nivel nacional se registraron 782 mujeres embarazadas con VIH, teniendo una cobertura del 64.3 %, sin embargo en nuestro hospital y en el presente estudio se observó que la detección y cobertura de antiretrovirales es baja y se deben tomar acciones.

Sin la realización de este tamizaje mediante prueba rápida no se hubiera tenido el diagnóstico de VIH previo al nacimiento y con ello el riesgo mayor de transmisión vertical.

La fortaleza de este estudio radica en que no hay evidencia epidemiológica reciente del estado serológico de las pacientes que acuden al área de tococirugía de nuestro hospital; por otra parte es de gran relevancia hacer mención que esta institución es un centro de referencia del noreste del país lo que puede explicar el hecho de haber tenido una prevalencia mayor a la que esta reportada en la estadística nacional.

## **CAPITULO IX**

### **CONCLUSIONES**

La prueba rápida de VIH es un método diagnóstico altamente efectivo y necesario. Tener disponible esta prueba permite un diagnóstico oportuno, con una alta sensibilidad y especificidad, el cual puede evitar múltiples repercusiones tanto en el producto si hablamos del riesgo de transmisión vertical como en la seguridad laboral de los trabajadores de la salud.

Con la disponibilidad de esta prueba, en el tiempo que duró el estudio se pudo determinar la prevalencia de VIH en embarazadas, que resultó de 1.23 por cada 1000 habitantes. Se pudo demostrar que la prueba rápida de VIH es un estudio confiable que nos ayuda al diagnóstico oportuno para así poder tomar las medidas preventivas necesarias.

En las pacientes que acudieron en el 2015 al área de tococirugía se encontró un incremento importante en la cobertura de pruebas rápidas de detección de VIH en el control prenatal; sin embargo, a un 8.14% de las pacientes no se les solicitó en el primer nivel de atención. El número de detecciones realizadas en el año que duró el estudio fue en base a este porcentaje y se cubrió en su totalidad.

No reportar esa prueba y no solicitarla siguen siendo problemas frecuentes en la detección oportuna de infección por VIH en embarazadas,

por lo que es necesario establecer un protocolo en los hospitales de segundo y tercer nivel para detectar a estas pacientes y realizarlo de manera multidisciplinaria a través de los distintos departamentos de nuestro hospital.



## **CAPITULO X**

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. WHO. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010 (Internet). Geneva: WHO; 2010. (cited 2011 Apr 10). Available from: [http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf)
2. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en Mexico. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2010. [Internet]. Direccion general de vigilancia epidemiologica de mexico; 2010. [www.dige.mx/ss](http://www.dige.mx/ss)
3. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA/SALVAR. centro nacional de sida. [www.censida.gob.mx](http://www.censida.gob.mx)
4. Vigilancia Epidemiológica videl SIDA en Mexico. Registro de Casos de SIDA.[www.cenave.gob.mx](http://www.cenave.gob.mx)
5. HIV and prisons. Number of HIV-positive inmates decreases for 5th straight year. AIDS Policy Law. 2006; 21: 1.
6. Calzavara L, Ramuscak N, Burchell AN, Swantee C, Myers T, Ford P, et al. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities. CMAJ. 2007; 177: 257-61. ]
7. Butler T, Boonwaat L, Hailstone S, Falconer T, Lems P, Ginley T, et al. The 2004 Australian prison entrants' blood-borne virus and risk behaviour survey. Aust N Z J Public Health. 2007; 31: 44-50.

8. Rosen DL, Schoenbach VJ, Wohl DA, White BL, Stewart PW, Golin CE.. Characteristics and behaviors associated with HIV infection among inmates in the North Carolina prison system. *Am J Public Health.* 2009; 99: 1123-30.
9. Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Käll K, Van Haastrecht HJ, landolo E. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health.* 2001; 11: 243-50.
10. Viitanen P, Vartiainen H, Aarnio J, von Gruenewaldt V, Hakamäki S, Lintonen T, et al. Hepatitis A, B, C and HIV infections among Finnish female prisoners - Young females a risk group. *J Infect.* 2011; 62: 59-66.
11. Marques NM, Margalho R, Melo MJ, Cunha JG, Meliço-Silvestre AA. Seroepidemiological survey of transmissible infectious diseases in a Portuguese prison establishment. *Braz J Infect Dis.* 2011; 15: 272-5.
12. Malliori M, Sypsa V, Psychogiou M, Touloumi G, Skoutelis A. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction.* 1998; 93: 243-51.
13. Babudieri S, Longo B, Sarmati L, Starnini G, Dori L, Suligoj B, et al. Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy. *J Med Virol.* 2005; 76: 311-7.
14. Danis K, Doherty L, McCartney M, McCarroll J, Kennedy H. Hepatitis and HIV in Northern Ireland prisons: a cross-sectional study. *Euro Surveill.* 2007;
15. Bird AG, Gore SM, Jolliffe DW, Burns SM. Anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh. *AIDS.* 1992; 6: 725-33. ]

16. Nelwan EJ, Van Crevel R, Alisjahbana B, Indrati AK, Dwiyanara RF, Nuralam N, et al. Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening. *Trop Med Int Health*. 2010; 15: 1491-8.
17. Sundar M. Ravikumarr KK, Sudarshan MK. A cross-sectional seroprevalence survey for HIV-1 and high risk sexual behaviour of seropositives in a prison in India. *Indian J Public Health*. 1995; 39: 116-8.
18. Gustavo Figueroa-Hernández,<sup>a</sup> Lizbeth Carlota Uriostegui-Espíritu,<sup>b</sup> Edna Gabriela Delgado-Quñones, Detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 171. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(1):52-7.
19. Espinosa A. Rosetti E, Regina C, Moulin G, Miranda D, Oliveira T et al. Prevalencia de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(4):386-91.
20. Vázquez R, Berebichez R, Blachman R, Monge F, Ostrosky M. ¿Podemos mediante una prueba rápida determinar la presencia de VIH-2 en la población mexicana? *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2012;75(4):196-201.

## **CAPITULO XI**

### **RESUMEN AUTOBIOGRAFICO**

Vilma Esthela González Castillo

Candidata para el Grado de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

**Tesis: “DETECCIÓN OPORTUNA DE VIH EN MUJERES  
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ  
ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

Campo de estudio: Ciencias de la Salud.

Biografía:

Datos personales: Nacida en H. Matamoros, Tamaulipas, el 22 de Agosto de  
1987

Hija de Porfirio Alberto González Gamboa y María Luisa Castillo García

Educación: Egresada de Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Grado Obtenido: Médico Cirujano en 2012.